

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY. E. N DENGAN  
ASFIKSIA SEDANG DI RUANGAN NICU  
RSUD. PROF DR. W. Z JOHANES KUPANG**



**OLEH:**

**MATERNUS NULE  
NIM. PO. 5303201171008**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D III KEPERAWATAN  
PROGRAM REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU (RPL)  
2018**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY. E. N DENGAN ASFIKSIA SEDANG DI RUANGAN NICURSUD. PROF. DR. W.Z JOHANNES KUPANG**

**Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan melalui program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



**OLEH:**

**MATERNUS NULE**

**NIM. PO. 5303201171008**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**

**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

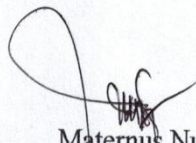
**PRODI DIII KEPERAWATAN**

**PROGRAM REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU (R**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan karya tulis ilmiah oleh Maternus Nule, NIM. PO. 5303201171008 dengan judul “ asuhan keperawatan pada By. Ny. E. N dengan asfiksia sedang ” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun oleh



Maternus Nule  
NIM. PO. 5303201171008

Pembimbing



Aben B.Y.H Romana, S. Kep, Ns., M. Kep  
NIP. 196711181989032001

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Maternus Nule  
NIM : PO. 5303201171008  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Institusi : Poltekkes Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alih antulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 20 Juli 2018  
Pembuat Pernyataan



Maternus Nule  
NIM. PO. 5303201171008

Mengetahui  
Pembimbing



Aben B.Y.H Romana, S. Kep, Ns., M. Kep  
NIP. 196711181989032001



## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh Maternus Nule PO. 5303201171008, Asuhan Keperawatan pada By. Ny. E. N dengan Asfiksia Sedang di Ruangan NICU RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 20 Juli 2018.

### Dewan Penguji

Penguji I



Agustina Ina, S. Kep., M. Kes  
NIP. 197408041998032001

Penguji II



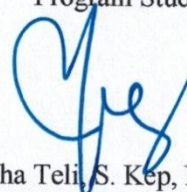
Aben B.Y.H Romana, S. Kep, Ns., M. Kep  
NIP.196711181989032001

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



M. Margaretha U.W., SKp., MHSc  
NIP. 195602171986032001

Mengetahui Ketua  
Program Studi



Margaretha Teli, S. Kep, Ns., MSc-PH  
NIP. 197707272000032002

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Maternus Nule  
TTL : Tuamese, 05 Desember 1964  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Alamat : Manamas, Kecamatan Naibenu, Kabupaten TTU  
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDK Tuamese tahun 1980  
2. Tamat SMPK St. Xaverius Putra Kefamenanu tahun 1983  
3. Tamat SPK Kupang 1986  
4. Sejak Tahun 2017 Kuliah di Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang Jurusan Keperawatan Prodi Diploma III melalui program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)

## **MOTTO**

## **BELAJAR TIDAK MENGENAL USIA**

## **ABSTRAK**

### **MATERNUS NULE : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BAYI NY. E. N DENGAN ASFIKSIA SEDANG DI RUANGAN NICU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANES KUPANG**

#### **DIBIMBING OLEH**

**ABEN .Y.H ROMANA, S. Kep, Ns., M. Kep**

Asfiksia adalah kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernapasan secara spontan dan teratur pada saat bayi baru lahir atau beberapa saat sesudah lahir. Bayi mungkin lahir dalam kondisi asfiksia (asfiksia primer) atau mungkin dapat bernapas tetapi kemudian mengalami asfiksia beberapa saat setelah lahir. Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Keadaan ini biasanya disertai dengan keadaan hipoksia dan hiperkapnia serta sering berakhir dengan asidosis.

Asfiksia merupakan keadaan dimana bayi tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir keadaan tersebut dapat disertai dengan adanya hipoksia, hiperkapnia dan sampai ke asidosis. Gejala Asfiksia yaitu tidak bernapas atau napas megap-megap atau pernapasan cepat, pernapasan cuping hidung, pernapasan tidak teratur atau adanya retraksi dinding dada, tangisan lemah atau merintih dan warna kulit pucat dan denyut nadi tidak ada atau lambat.

Tujuan penelitian untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien Asfiksia sedang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Metode yang digunakan adalah metode wawancara dengan keluarga dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di Ruang NICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Lama Penelitian selama 4 hari, waktu dimulai tanggal 09 Juli 2018 sampai dengan tanggal 12 Juli 2018. Subyek penelitian pada pasien Bayi Ny. E. N adalah dengan teknik wawancara melalui informan, Observasi dan pemeriksaan fisik pada sistem tubuh.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam didapatkan pasien masih mual muntah, suhu 36,5°C, HR 140x/ menit, terpasang OGT. Masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

**Kata kunci : Asfiksia Sedang , Asuhan keperawatan**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Bayi Ny. E. N dengan Masalah Asfiksia Sedang di Ruangan NICU RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang” dengan Baik.

Penulisan karya tulis ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, Program Studi D-III Keperawatan melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL).

Penulis menyadari bahwa selama penulisan studi kasus ini penulis banyak mendapatkan banyak dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Ucapan yang sebesar-besarnya kepada Ibu Aben B. Y. H Romana, S. Kep, Ns., M. Kep., selaku pembimbing dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dalam mengoreksi, merevisi, serta melengkapi dalam menyusun karya tulis ilmiah ini dan juga tidak lupa terimakasih kepada Ibu Agustina Ina, S. Kep., M. Kes., selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian karya tulis ilmiah ini. Penguji juga mengucapkan limpah terimakasih sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Ragu Harming Kristina, SKM, M. Kes., selaku direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Ibu M. Margaretha U.W., SKp, MHSc., sebagai ketua jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan studi di Jurusan Keperawatan Kupang.
3. Seluruh dosen dan tenaga kependidikan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang.
4. Kepala ruangan NICU RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang beserta perawat yang memperkenalkan penulis melakukan studi kasus.
5. Istri, anak-anak, sanak saudara yang selalu memberikan doa, dukungan dan motivasi kepada saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik.
6. Teman-teman yang telah memberikan saya dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat konstruktif dari pembaca sangat diharapkan demi kesempurnaan dari karya tulis ilmiah ini. Semoga segala budi baik dari semua pihak diberkati oleh Tuhan Yang Maha Esa.

Akhirnya, penulis mengharpakan semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Kupang, Juli 2018

Maternus Nule  
NIM. PO.5303201171008



## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN .....	
HALAMAN SAMPUL DAN PRASARAT GELAR .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN KEASILAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iv
HALAMAN BIODATA .....	v
ABSTRAK .....	vi
KATA PENGANTARA .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	2
1.3 Manfaat Studi Kasus .....	3

### **BAB TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Teori .....	4
2.1.1 Pengertian .....	4
2.1.2 Penyebab .....	4
2.1.3 Patofisiologi .....	5
2.1.4 Pathway .....	6
2.1.5 Tanda dan Gejala .....	6
2.1.6 Klasifikasi .....	7
2.1.7 Komplikasi .....	8
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik .....	8
2.1.9 Penatalaksanaan .....	8
2.1.10 Pelaksanaan Resusitasi .....	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	11
2.2.1 Pengkajian Keperawatan .....	11
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	13

2.2.3 Perencanaan Keperawatan .....	13
2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan .....	16
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	16

### **BAB III STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

3.1 Hasil Studi Kasus .....	17
3.1.1 Pengkajian .....	17
3.1.2 Analisis Data .....	18
3.1.3 Diagnosa Keperawatan .....	18
3.1.4 Perencanaan Keperawatan .....	18
3.1.5 Implementasi Keperawatan .....	19
3.1.6 Evaluasi Keperawatan .....	21
3.2 Pembahasan Kasus .....	22
3.2.1 Pengkajian .....	22
3.2.2 Diagnosa .....	23
3.2.3 Perencanaan .....	23
3.2.4 Implementasi.....	24
3.2.5 Evaluasi .....	24

### **BAB IV PENUTUP**

4.1 Kesimpulan .....	25
4.2 Saran.....	26

#### 4.3 Daftar Pustaka

#### 4.4 Lampiran

Lampiran I Jadwal Kegiatan

Lampiran II Format Pengkajian

Lampiran III Lembar Konsultasi Bimbingan Srtudi Kasus

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar belakang**

Angka kematian bayi (AKB) atau *infant mortality rate* (IMR) adalah jumlah kematian bayi di bawah usia satu tahun pada setiap 1000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi di Indonesia pada tahun 2012 sebanyak 32 per 1000 kelahiran hidup. Artinya terdapat 32 bayi yang meninggal dalam setiap 1000 kelahiran hidup. Pencapaian AKB pada tahun 2012 tidak sesuai dengan target renstra Kemenkes yaitu 24 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2014 (SDKI, 2012).

Data asfiksia menurut WHO setiap tahunnya ada 120 juta bayi yang lahir di dunia. Secara global terdapat 4 juta bayi (33%) yang lahir mati dalam usia 0 sampai dengan 7 hari (perinatal), dan terdapat 4 juta bayi (33%) yang lahir mati dalam usia 0 sampai dengan 28 hari (neonatal). Dari 120 juta bayi yang dilahirkan, terdapat 3,6 juta bayi (3%) yang mengalami asfiksia, dan hampir 1 juta bayi asfiksia (27,78%) yang meninggal (Marwiyah, 2016)

Sebanyak 47% dari seluruh kematian bayi di Indonesia terjadi pada masa neonatal (usia di bawah 1 bulan). Setiap 5 menit terdapat satu neonatal yang meninggal. Penyebab kematian neonatal di Indonesia adalah BBLR (29%), asfiksia (27%), trauma lahir, tetanus neonatorum, infeksi lain dan kelainan kongenital (Marwiyah, 2016).

Angka kematian bayi (AKB) di Kota Kupang pada tahun 2016 sebesar 2,05 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan adanya penurunan bila dibandingkan dengan AKB pada tahun sebelumnya. Penyebab kematian bayi sendiri sebagian besar masih di dominasi oleh Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan asfiksia, dimana kasus kematian akibat BBLR 7 kasus dan asfiksia 3 kasus (Profil Kesehatan Kota Kupang, 2017).

Data asfiksia neonatorum di Ruang NICU RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang pada bulan Maret - Juni tahun 2018 sebanyak 52 bayi (Register Ruang NICU RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang, 2018). Hal ini menunjukkan peningkatan angka morbiditas atau angka kesakitan kasus asfiksia

neonaturum di ruangan NICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang mengalami peningkatan.

Dampak yang akan terjadi jika bayi baru lahir dengan asfiksia tidak ditangani dengan cepat maka akan terjadi hal-hal sebagai berikut antara lain : perdarahan otak, anemia, hipoksia, hyperbilirubinemia, kejang sampai koma. Komplikasi tersebut akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan bahkan kematian pada bayi (Surasmi 2003).

Penanganan yang dilakukan pada bayi baru lahir yaitu membersihkan jalan napas dengan pengisapan lendir dan kasa steril, potong tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik, apabila bayi tidak menangis lakukan rangsangan taktil, pertahankan suhu tubuh, dan nilai *APGAR score* pada menit 5 sudah baik (7-10) maka lakukan perawatan bersihkan badan bayi, perawatan tali pusat, pemberian ASI, pengukuran antropometri, mengenakan pakaian bayi dan memasang tanda pengenal bayi (Surasmi, 2003).

Upaya dalam menurunkan angka kematian bayi baru lahir yang diakibatkan asfiksia adalah dengan cara melakukan salah satu pelatihan ketrampilan resusitasi kepada para tenaga kesehatan agar lebih terampil dalam melakukan resusitasi dan menganjurkan kepada masyarakat atau pun ibu khususnya, agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan ketrampilan (Depkes RI, 2013).

Berdasarkan latar belakang di atas menunjukkan bahwa angka kejadian bayi dengan asfiksia neonatorum mengalami peningkatan maka penulis sebagai mahasiswa keperawatan perlu melakukan asuhan keperawatan bayi N.Y E. N dengan asfiksia sedang di Ruang NICU RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

## **1.2 Tujuan studi kasus**

### **1. Tujuan umum**

Mampu menerapkan kerangka berpikir ilmiah dalam melakukan asuhan keperawatan pada Bayi Ny.E.N dengan asfiksia sedang di Ruang NICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

.

## 2. Tujuan khusus

Mahasiswa mampu :

1. Melakukan pengkajian pada bayi Ny. E.N dengan asfiksia sedang di Ruang NICU RSUD Prof.Dr. W. Z. Johannes Kupang
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Bayi Ny. E.N dengan asfiksia sedang di Ruang NICU RSUD Prof.Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Menetapkan intervensi keperawatan pada Bayi Ny. E.N dengan asfiksia sedang di Ruang NICU RSUD Prof.Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Bayi Ny. E.N dengan asfiksia sedang di Ruang NICU RSUD Prof.Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Bayi Ny. E.N dengan asfiksia sedang di Ruang NICU RSUD Prof.Dr. W. Z. Johannes Kupang

### **1.3 Manfaat studi kasus**

#### 1. Bagi penulis

Meningkatkan pengetahuan dan pengalaman dalam penyusunan karya tulis ilmiah khususnya studi kasus pada bayi risiko tinggi dengan asfiksia neonatorum.

#### 2. Bagi Institusi

Bahan masukan dan tambahan bagi pengembangan ilmu keperawatan tentang asuhan keperawatan pada bayi risiko tinggi dengan asfiksia neonatorum.

#### 3. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya praktek keperawatan pada bayi risiko tinggi dengan asfiksia neonatorum.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep teori**

##### **2.1.1 Pengertian asfiksia**

Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Keadaan ini biasanya disertai dengan keadaan hipoksia dan hiperkapnu serta sering berakhir dengan asidosis (Marwyah, 2016).

Asfiksia adalah kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernapasan secara spontan dan teratur pada saat bayi baru lahir atau beberapa saat sesudah lahir. Bayi mungkin lahir dalam kondisi asfiksia (asfiksia primer) atau mungkin dapat bernapas tetapi kemudian mengalami asfiksia beberapa saat setelah lahir (asfiksia sekunder) (Fauziah dan Sudarti, 2014).

Asfiksia merupakan keadaan dimana bayi tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir keadaan tersebut dapat disertai dengan adanya hipoksia, hiperkapnea dan sampai ke asidosis.(Fauziah dan Sudarti , 2014).

Asfiksia akan bertambah buruk apabila penanganan bayi tidak dilakukan dengan sempurna, sehingga tindakan perawatan dilaksanakan untuk mempertahankan kelangsungan hidup dan mengatasi gejala lanjut yang mungkin timbul. Untuk mendapatkan hasil yang memuaskan, beberapa faktor perlu dipertimbangkan dalam menghadapi bayi dengan asfiksia.

##### **2.1.2 Penyebab Asfiksia**

Penyebab secara umum dikarenakan adanya gangguan pertukaran gas atau pengangkutan O<sub>2</sub> dari ibu ke janin, pada masa kehamilan, persalinan atau segera setelah lahir.

Penyebab kegagalan pernafasan pada bayi (Marwyah 2016) :

##### **1. Faktor ibu**

Hipoksia ibu akan menimbulkan hipoksia janin dengan segala akibatnya. Hipoksia ibu dapat terjadi karena hipoventilasi akibat pemberian analgetika atau anestesi dalam gangguan kontraksi uterus, hipotensi mendadak karena pendarahan, hipertensi karena eklamsia, penyakit jantung dan lain-lain.

## 2. Faktor plasenta

Yang meliputi solutio plasenta, pendarahan pada plasenta previa, plasenta tipis, plasenta kecil, plasenta tak menempel pada tempatnya.

## 3. Faktor janin dan neonatus

Meliputi tali pusat menumbung, tali pusat melilit ke leher, kompresi tali pusat antara janin dan jalan lahir, gamelli, IUGR, kelainan kongenital dan lain-lain.

## 4. Faktor persalinan

Meliputi partus lama, partus tindakan dan lain-lain

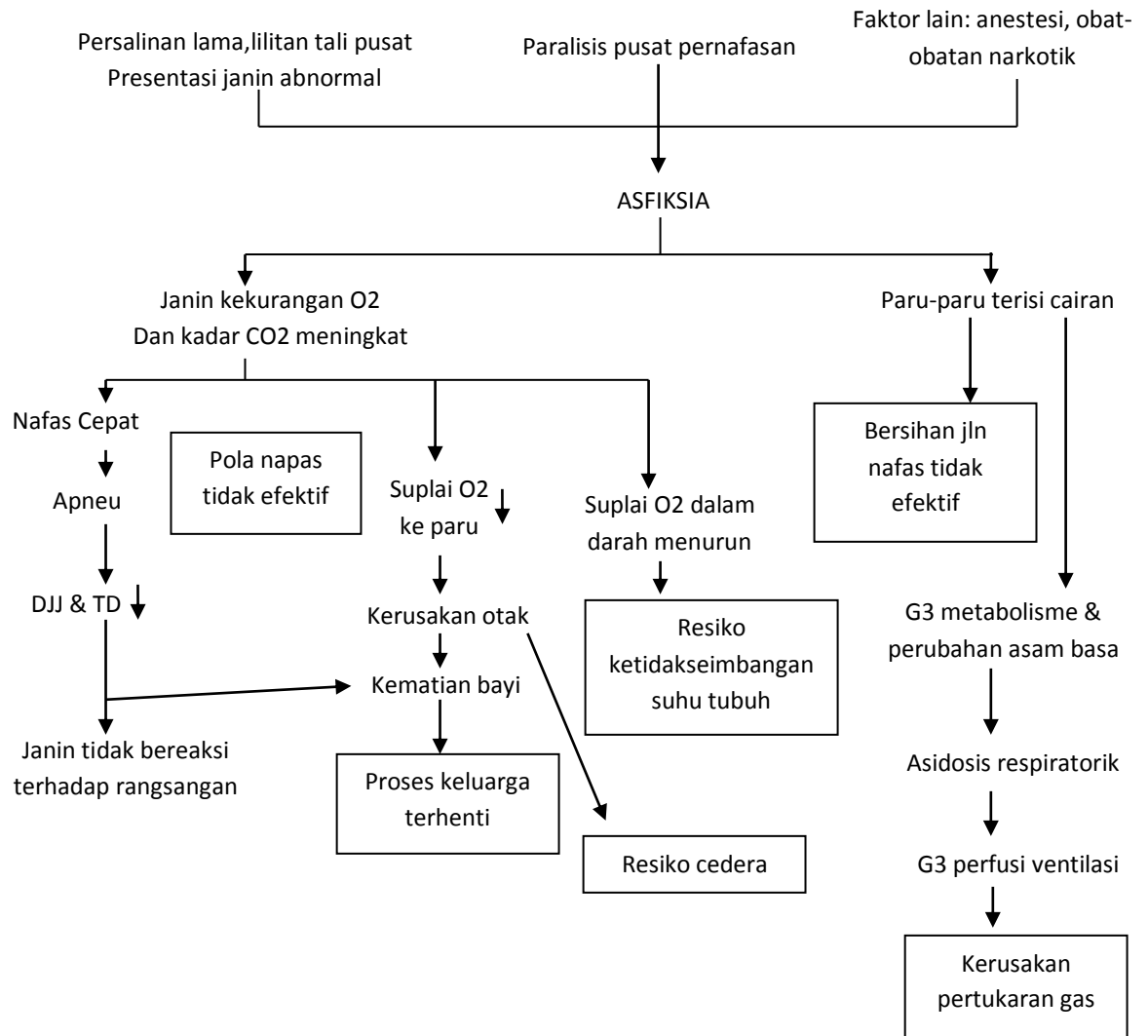
### 2.1.3 Patofisiologi asfiksia

Segera setelah lahir bayi akan menarik napas yang pertama kali (menangis), pada saat ini paru janin mulai berfungsi untuk *respirasi*. Alveoli akan mengembang udara akan masuk dan cairan yang ada didalam alveoli akan meninggalkan alveoli secara bertahap. Bersamaan dengan ini arteriol paru akan mengembang dan aliran darah ke dalam paru meningkat secara memadai.

Bila janin kekurangan  $O_2$  dan kadar  $CO_2$  bertambah, maka timbullah rangsangan terhadap nervus vagus sehingga DJJ (denyut jantung janin) menjadi lambat. Jika kekurangan  $O_2$  terus berlangsung maka nervus vagus tidak dapat dipengaruhi lagi. Timbullah kini rangsangan dari nervus simpatikus sehingga DJJ menjadi lebih cepat dan akhirnya ireguler dan menghilang. Janin akan mengadakan pernapasan intrauterine dan bila kita periksa kemudian terdapat banyak air ketuban dan mekonium dalam paru, bronkus tersumbat dan terjadi atelektasis. Bila janin lahir, alveoli tidak berkembang.

Jika berlanjut, bayi akan menunjukkan pernapasan yang dalam, denyut jantung terus menurun, tekanan darah bayi juga mulai menurun dan bayi akan terlihat lemas. Pernapasan makin lama makin lemah sampai bayi memasuki periode apneu sekunder. Selama apneu sekunder, denyut jantung, tekanan darah dan kadar  $O_2$  dalam darah ( $PaO_2$ ) terus menurun. Bayi sekarang tidak dapat bereaksi terhadap rangsangan dan tidak akan menunjukkan upaya pernapasan secara spontan (Sudarti dan Fauziah 2012)

### 2.1.4 Pathway



Gambar 2.1. Pathway asfiksia

(Sumber : Sudarti dan Fauziah, 2013)

### 2.1.5 Tanda dan gejala asfiksia

Tanda dan gejala pada bayi baru lahir dengan asfiksia menurut Sukarni & Sudarti (2012). antara lain :

1. Tidak bernafas atau napas megap-megap atau pernapasan cepat, pernapasan cuping hidung.
2. Pernapasan tidak teratur atau adanya retraksi dinding dada
3. Tangisan lemah atau merintih
4. Warna kulit pucat atau biru
5. Tonus otot lemas atau ekstremitas terkulai

6. Denyut jantung tidak ada atau lambat (bradikardia) kurang dari 100 kali per menit.

Sedangkan, tanda dan gejala bayi baru lahir dengan asfiksia (Sudarti dan Fauziah 2012) antara lain :

1. Pernapasan cuping hidung
2. Pernapasan cepat
3. Nadi cepat
4. Sianosis
5. Nilai APGAR kurang dari 6

#### 2.1.6 Klasifikasi asfiksia

Klasifikasi asfiksia menurut Sukarni & Sudarti (2013) adalah :

1. *Virgorous baby* (Asfiksia ringan)

Apgar skor 7-9, dalam hal ini bayi dianggap sehat, tidak memerlukan tindakan istimewa.

2. *Mild- moderate asphyksia* (asfiksia sedang)

APGAR score 4-6

3. *Severe asphyksia* (asfiksia berat)

APGAR score 0-3

Tabel 2.1 APGAR Score

TANDA	Skor		
	0	1	2
Frekuensi jantung	Tidak ada	< 100/ menit	> 100/ menit
Usaha bernapas	Tidak ada	Lambat, tak teratur	Menangis kuat
Tonus otot	Lumpuh	Ektremitas fleksi	Gerakan aktif
Refleks	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
Warna kulit	Biru/pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

(Sumber : Sukarni dan Sudarti, 2013).

### **2.1.7 Komplikasi asfiksia**

Dampak yang akan terjadi jika bayi baru lahir dengan asfiksia tidak ditangani dengan cepat maka akan terjadi hal-hal sebagai berikut antara lain: perdarahan otak, anuragia, dan onoksia, hyperbilirubinemia, kejang sampai koma. Komplikasi tersebut akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan bahkan kematian pada bayi (Surasmi, 2013)

### **2.1.8 Pemeriksaan diagnostik**

Beberapa pemeriksaan diagnostik adanya asfiksia pada bayi (Sudarti dan Fauziah, 2013 ) yaitu :

1. Pemeriksaan analisa gas darah
2. Pemeriksaan elektrolit darah
3. Berat badan bayi
4. Penilaian *APGAR Score*
5. Pemeriksaan EGC dan CT-Scan

### **2.1.9 Penatalaksanaan asfiksia**

Penatalaksanaan asfiksia (Surasmi, 2013) adalah :

1. Membersihkan jalan napas dengan pengisapan lendir dan kasa steril
2. Potong tali pusat dengan teknik aseptik dan dengan antiseptik
3. Apabila bayi tidak menangis lakukan sebagai berikut :
  - a. Rangsangan taktil dengan cara menepuk-nepuk kaki, mengelus-elus dada, perut dan punggung
  - b. Bila dengan rangsangan taktil belum menangis lakukan *resusitasi mouth to mouth*
  - c. Pertahankan suhu tubuh agar tidak perburuk keadaan asfiksia dengan cara : membungkus bayi dengan kain hangat, badan bayi harus dalam keadaan kering, jangan memandikan bayi dengan air dingin gunakan minyak atau baby oil untuk membersihkan tubuh bayi, kepala bayi ditutup dengan baik atau kenakan topi,
4. Apabila nilai APGAR pada menit ke lima sudah baik (7-10) lakukan perawatan selanjutnya : bersihkan badan bayi, perawatan tali pusat, pemberian ASI sedini mungkin dan adekuat, melaksanakan antromentri dan pengkajian kesehatan, memasang pakaian bayi dan mengenakan tanda pengenal bayi.



### **2.1.10 Pelaksanaan resusitasi**

Segera setelah bayi baru lahir perlu diidentifikasi atau dikenal secara cepat supaya bisa dibedakan antara bayi yang perlu diresusitasi atau tidak. Tindakan ini merupakan langkah awal resusitasi bayi baru lahir. Tujuannya supaya intervensi yang diberikan bisa dilaksanakan secara tepat dan cepat (tidak terlambat).

#### **1. Membuka jalan nafas**

Tujuan : Untuk memastikan terbuka tidaknya jalan nafas.

Metode : Meletakkan bayi pada posisi yang benar: letakkan bayi secara terlentang atau miring dengan leher agak ekstensi/ tengadah. Perhatikan leher bayi agar tidak mengalami ekstensi yang berlebihan atau kurang. Ekstensi karena keduanya akan menyebabkan udara yang masuk ke paru-paru terhalangi. Letakkan selimut atau handuk yang digulug dibawah bahu sehingga terangkat 2-3 cm diatas matras. Apabila cairan/lendir terdapat banyak dalam mulut, sebaiknya kepala bayi dimiringkan supaya lendir berkumpul di mulut (tidak berkumpul di farings bagian belakang) sehingga mudah disingkirkan.

#### **2. Membersihkan jalan nafas**

Apabila air ketuban tidak bercampur mekonium hisap cairan dari mulut dan hidung, mulut dilakukan terlebih dahulu kemudian hidung. Apabila air ketuban tercampur mekonium, hanya hisap cairan dari trakea, sebaiknya menggunakan alat pipa endotrakel (pipa ET).

Urutan kedua metode membuka jalan nafas ini bisa dibalik, penghisapan terlebih dahulu baru meletakkan bayi dalam posisi yang benar, pembersihan jalan nafas pada semua bayi yang sudah mengeluarkan mekonium, segera setelah lahir (sebelum baru dilahirkan) dilakukan dengan menggunakan keteter penghisap no 10 F atau lebih. Cara pembersihannya dengan menghisap mulut, farings dan hidung.

### 3. Mencegah kehilangan suhu tubuh

Tujuan : Mencegah komplikasi metabolisme akibat kehilangan panas.

Metode : meletakkan bayi terlentang dibawah pemancar panas (Infant warmer) dengan temperatur untuk bayi aterm 34°C, untuk bayi preterm 35°C. Tubuh dan kepala bayi dikeringkan dengan menggunakan handuk dan selimut hangat, keuntungannya bayi bersih dari air ketuban, mencegah kehilangan suhu tubuh melalui evaporasi serta dapat pula sebagai pemberian rangsangan taktik yang dapat menimbulkan atau mempertahankan pernafasan. Untuk bayi sangat kecil (berat badan kurang dari 1500 gram) atau apabila suhu ruangan sangat dingin dianjurkan menutup bayi dengan sehelai plastik tipis yang tembus pandang.

### 4. Pemberian tindakan VTP (Ventilasi Tekanan Positif)

Tujuan : untuk membantu bayi baru lahir memulai pernafasan.

Metode : Pastikan bayi diletakkan dalam posisi yang benar. Agar VTP efektif kecepatan memompa (Kecepatan Ventilasi dan tekanan ventilasi harus sesuai, kecepatan ventilasi sebaiknya 40-60 kail/menit. Tekanan ventilasi yang dibutuhkan sebagai berikut : Nafas pertama setelah lahir membutuhkan 30-40 cm H<sub>2</sub>O, setelah nafas pertama membutuhkan 15-20 cm H<sub>2</sub>O, bayi dengan kondisi / penyakit paru-paru yang berakibat turunnya compliance membutuhkan 20-40 cm H<sub>2</sub>O, tekanan ventilasi hanya dapat diukur apabila digunakan balon yang mempunyai pengukur tekanan.

### 5. Observasi gerak dada bayi

Adanya gerakan dada bayi naik turun merupakan bukti bahwa sungkup terpasang dengan baik dan paru-paru mengembang. Bayi seperti menarik nafas dangkal. Apabila dada bergerak maksimum, bayi seperti menarik nafas panjang, menunjukkan paru-paru terlalu mengembang, yang berarti tekanan diberikan terlalu tinggi. Hal ini dapat menyebabkan pneumotorax.

### 6. Observasi gerak perut bayi

Gerak perut tidak dapat dipakai sebagai pedoman ventilasi yang efektif. Gerak perut mungkin disebabkan masuknya udara kedalam lambung.

#### 7. Penilaian suara nafas bilatera

Suara nafas didengar dengan menggunakan stetoskop. Adanya suara nafas di kedua paru-paru merupakan indikasi bahwa bayi mendapat ventilasi yang benar.

#### 8. Observasi pengembangan dada bayi

Apabila dada terlalu berkembang, kurangi tekanan dengan mengurangi meremas balon. Apabila dada kurang berkembang, mungkin disebabkan oleh salah satu sebab berikut : perlekatan sungkup kurang sempurna, arus udara terhambat dan tidak cukup tekanan

### **2.2 Konsep asuhan keperawatan**

#### **2.2.1 Pengkajian keperawatan**

Pengkajian bayi risiko tinggi : Asfiksia menurut Wong, 2008 meliputi :

1. Biodata : nama bayi, umur/tanggal lahir, jenis kelamin, agama, anak keberapa dan identitas orangtua. Yang lebih ditekankan pada umur bayi karena berkaitan dengan diagnosa asfiksia neonatorum.
2. Keluhan utama : pada bayi dengan asfiksia yang sering tampak adalah sesak napas.
3. Riwayat kehamilan dan persalinan : bagaimana proses persalinan apakah spontan, prematur, aterm, letak bayi dan posisi bayi
4. Kebutuhan dasar : pola nutrisi pada neonatus dengan asfiksia membatasi intake oral karena organ tubuh terutama lambung belum sempurna, selain itu bertujuan untuk mencegah terjadinya aspirasi pneumoni. Pola eliminasi : umumnya bayi mengalami gangguan BAB karena organ tubuh terutama pencernaan belum sempurna. Kerbersihan diri : perawat dan keluarga bayi harus menjaga kebersihan terutama saat BAB dan BAK. Pola tidur : biasanya terganggu karena bayi sesak napas.
5. Pemeriksaan fisik :
  - a. Pengkajian umum : ukur panjang dan lingkar kepala secara periodik, adanya tanda distres : warna buruk, mulut terbuka, kepala terangguk-angguk, meringis, alis berkerut.
  - b. Pengkajian pernapasan : bentuk dada (barrel, cembung), kesimetrisan, adanya insisi, selang dada, penggunaan otot aksesoris : pernapasan cuping

hidung, atau substernal, interkostal, atau retraksi subklavikular, frekuensi dan keteraturan pernapasan, auskultasi dan gambarkan bunyi napas : stridor, krekels, mengi, bunyi menurun basah, mengorok, keseimbangan bunyi napas

#### 6. Data penunjang

Data penunjang pemeriksaan laboratorium penting artinya dalam menegaskan diagnosa atau kausal yang tepat sehingga kita dapat memberikan obat yang tepat pula.

Pemeriksaan yang diperlukan adalah : darah rutin.

Nilai darah lengkap pada bayi asfiksia terdiri dari : Hb (normal 15-19 gr%) biasanya pada bayi dengan asfiksia Hb cenderung turun karena  $O_2$  dalam darah sedikit. Leukosit lebih dari  $10,3 \times 10^9$ /ct (normal  $4,3-10,3 \times 10^9$ /ct) karena bayi preterm imunitas masih rendah sehingga resiko tinggi. Trombosit (normal  $350 \times 10^9$ /ct) Trombosit pada bayi preterm dengan post asfiksia cenderung turun karena sering terjadi hipoglikemi.

Pemeriksaan analisa gas darah (AGD)

Nilai analisa gas darah pada bayi post asfiksia terdiri dari : pH (normal 7,36-7,44). Kadar pH cenderung turun terjadi asidosis metabolik.  $PCO_2$  (normal 35-45 mmHg) kadar  $PCO_2$  pada bayi post asfiksia cenderung naik sering terjadi hiperapnea.  $PO_2$  (normal 75-100 mmHg), kadar  $PO_2$  pada bayi post asfiksia cenderung turun karena terjadi hipoksia progresif.  $HCO_3$  (normal 24-28 mEq/L).

Nilai serum elektrolit pada bayi post asfiksia terdiri dari :Natrium (normal 134-150 mEq/L) . Kalium (normal 3,6-5,8 mEq/L). Kalsium (normal 8,1-10,4 mEq/L)

Photo thorax : Pulmonal tidak tampak gambaran, jantung ukuran normal.

### **2.2.2 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada bayi baru lahir dengan asfiksia (Wong, 2008) adalah :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas paru dan neuromuskular, penurunan energi, dan kelelahan
2. ermoregulasi tidak efektif berhubungan dengan kontrol suhu yang imatur dan penurunan lemak tubuh subkutan
3. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologi yang kurang
4. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh (resiko tinggi) berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna nutrisi karena imaturitas dan atau penyakit.
5. Resiko tinggi kekurangan atau kelebihan volume berhubungan dengan karakteristik fisiologis imatur dari bayi preterm dan atau imaturitas atau penyakit.

### **2.2.3 Perencanaan keperawatan**

Intervensi yang ditetapkan pada bayi baru lahir dengan asfiksia (Wong, 2008) adalah :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas paru dan neuromuskular, penurunan energi, dan kelelahan

Tujuan : pasien akan memperlihatkan parameter oksigen yang adekuat

Hasil yang diharapkan :

- a. Jalan napas tetap paten
- b. Pernapasan memberikan oksigenasi dan pembuangan CO<sub>2</sub> yang adekuat
- c. Frekuensi dan pola napas dalam batas normal
- d. Oksigen jaringan adekuat

Intervensi :

- a. Atur posisi untuk pertukaran udara yang optimal (posisikan terlentang dengan leher sedikit ekstensi. R/ untuk mencegah penyempitan jalan napas
- b. Hindari hiperekstensi leher. R/ akan mengurangi diameter trakea
- c. Observasi adanya tanda gawat napas (pernapasan cuping hidung, retraksi



dinding dada, takpnea, apnea, grunting, sianosis, saturasi oksigen yang rendah.

d. Lakukan pengisapan. R/ untuk menghilangkan mukus yang terakumulasi dari nasofaring, trakea.

e. Gunakan posisi semi-telungkup atau miring. R/ untuk mencegah aspirasi pada bayi dengan mukus berlebihan atau yang sedang diberi makan.

f. Pertahankan suhu lingkungan yang netral. R/ untuk menghemat penggunaan O<sub>2</sub>.

2. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan kontrol suhu yang imatur dan penurunan lemak tubuh subkutan

Tujuan : pasien mempertahankan suhu tubuh yang normal

Hasil yang diharapkan : Suhu aksila bayi tetap dalam rentang normal

Intervensi :

a. Tempatkan bayi didalam inkubator, atau penghangat radian atau pakaian hangat dalam keranjang terbuka. R/ untuk mempertahankan suhu tubuh bayi

b. Pantau suhu aksila pada bayi yang tidak stabil dan kontrol suhu udara. R/untuk mempertahankan suhu kulit dalam rentang normal yang dapat diterima

c. Gunakan pelindung panas plastik bila tepat. R/ untuk menurunkan kehilangan panas

d. Pantau tanda-tanda hipertermia mis, kemerahan, ruam, diaforesis (jarang)

3. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologi yang kurang

Tujuan : pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi nosokomial

Hasil yang diharapkan :bayi tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi nosokomial

Intervensi :

a. Pastikan bahwa semua pemberi perawatan mencuci tangan sebelum dan sesudah mengurus bayi. R/ untuk meminimalkan pemajanan pada organisme infeksi

b. Pastikan semua alat yang kontak dengan bayi sudah bersih dan steril

- c. Isolasi bayi lain yang mengalami infeksi sesuai kebijakan institusional
- d. Instruksikan pekerja perawat kesehatan dan orang tua dalam prosedur kontrol infeksi
- e. Beri antibiotik sesuai instruksi
- 4. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh (resiko tinggi) berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna nutrisi karena imaturitas dan atau penyakit

Tujuan : pasien mendapatkan nutrisi yang adekuat, dengan masukan kalori untuk mempertahankan keseimbangan nitrogen positif, dan menunjukkan penambahan berat badan yang tepat

Hasil yang diharapkan :

- a. Bayi mendapat kalori dan nutrisi esensial yang adekuat
- b. Bayi menunjukkan penambahan berat badan yang mantap (kira-kira 20 sampai 30 gr/hari) pada saat fase pasca akut penyakit.

Intervensi :

- a. Pertahankan cairan parenteral atau nutrisi parenteral sesuai instruksi
- b. Pantau adanya tanda-tanda intoleransi terhadap terapi parenteral total, terutama protein dan glukosa
- c. Kaji kesiapan bayi untuk menyusu pada payudara ibu khususnya kemampuan untuk mengkoordinasikan menelan dan pernapas
- d. Susukan bayi pada payudara ibu jika pengisapan kuat
- 5. Risiko tinggi kekurangan atau kelebihan volume cairan berhubungan dengan karakteristik fisiologis imatur dari bayi preterm dan atau imaturitas atau penyakit

Tujuan : pasien menunjukkan status hidrasi adekuat

Hasil yang diharapkan : bayi menunjukkan bukti homeostasis

Intervensi :

- a. Pantau dengan ketat cairan dan elektrolit dengan terapi yang meningkatkan kehilangan air tak kasat mata
- b. Pastikan masukan cairan oral/parenteral yang adekuat
- c. Kaji status hidrasi (mis, turgor kulit, tekanan darah, edema, berat badan, membran mukosa, berat jenis urine, elektrolit, fontaneil)

- d. Atur cairan parenteral dengan ketat
- e. Hindari pemberian cairan hipertonik (mis, obat tidak diencerkan, infus glukosa terkonsetrasi)
- f. Pantau keluaran urin dan nilai laboratorium untuk bukti dehidrasi

#### **2.2.4 Pelaksanaan keperawatan**

Tahap ini perawat mencari inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

#### **2.2.5 Evaluasi keperawatan**

Tahap ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

## **BAB 3**

### **STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **1.1 Hasil studi kasus**

##### **3.1.1 Pengkajian**

Pengkajian pada bayi Ny. E.N dengan diagnosa medis : asfiksia sedang, di Ruangan NICU RSUD. Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang dilakukan pada tanggal 9 Juli 2018, jam 09.00 WITA. Hasil pengkajian yang didapatkan adalah : Identitas, Bayi Ny. E.N , jenis kelamin laki-laki, tanggal lahir 4 Juli 2018 jam 07:30 WITA (umur 6 hari), lahir dengan persalinan SC indikasi letak sungsang, agama Protestan, alamat Labat Kupang

Keluhan utama :bayi tidak bernapas spontan saat lahir, *APGAR score* 5/7, usia gestasi 33 minggu, BB lahir 2200 gram, panjang badan 47 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 28 cm, dan lingkar perut 26 cm. Tanda-tanda vital: heart rate : 130 kali per menit, suhu 36,5°C, pernapasan 60 kali per menit.

Riwayat ibu : umur 37 tahun, gravida kedua, partus kedua, abortus tidak pernah, tidak ada komplikasi.

Keadaan umum bayi saat pengkajian : bayi tampak sakit sedang, menangis kuat, tidak sesak napas, respirasi 60x/menit, tidak ada napas cuping hidung dan retraksi dinding dada. Terpasang OGT (*oro gastric tube*) dan infus dextrose 10%. Minum ASI 8x20cc/24 jam, ada mual dan muntah setiap kali diberi minum. Refleks mengisap dan menelan kuat.

Pemeriksaan penunjang tanggal 10 Juli 2018 didapatkan : , RDW-SD 63,4 H mg/dl , RDW-CV 16,3 H mg/dl , dan Eosinofil 3,5 L mg/dl, dan neutrofil 47,8 H mg/dl.

Terapi : kebutuhan cairan infus glukosa 10% 330 cc/24 jam (14 tetes/menit), injeksi Ampicilin 2 x 110 mg ( IV), dan Gentamicin 1 x 11 mg (IV). omeprazole 1 x 1 g/oral, ASI 8x20cc/24 jam.

### **3.1.2 Analisa data**

Berdasarkan pengkajian dan pemeriksaan fisik maka dapat dilakukan analisa data sebagai berikut :

Data subjektif : -, Data objektif : Bayi tampak mual muntah saat minum ASI per oral, terpasang OGT, minum ASI 8x20cc/24 jam. Masalah : Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Penyebab : imaturitas sistim pencernaan

Data subjektif : -, Data objektif : Pasien terpasang OGT, dan terpasang infus. Tampak bekas tusukan di lengan kiri dan kanan (warna kebiruan dan bengkak), suhu 36,5°C. Masalah : risiko tinggi infeksi. Penyebab : prosedur invasif dan sistim imunitas belum berkembang optimal.

### **3.1.3 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ditegakan pada bayi Ny.E.N sebagai berikut :

1. Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistim pencernaan
2. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan sistim imunitas belum berkembang optimal.

### **3.1.4 Perencanaan**

Rencana keperawatan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul pada bayi Ny. E.N sebagai berikut :

Diagnosa pertama : risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistim pencernaan Goal :Bayi akan mempertahankan kebutuhan nutrisi selama dalam perawatan Objektif : Dalam jangka waktu 1 x 24 jam kebutuhan nutrisi akan terpenuhi. Kriteria hasil : Bayi dapat minum ASI per oral sesuai kebutuhan, bayi tidak muntah.

Intervensi : 1. Kaji status nutrisi bayi. 2. Pantau cairan infus yang terpasang, 3. Beri minum ASI per oral sedikit-sedikit. 4. Kolaborasi pemberian omeprazol 1 x 11 g

Diagnosa kedua : risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan sistim imunitas belum berkembang optimal, Goal : Bayi tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi selama dalam perawatan, Objektif : dalam jangka waktu 3 x 24 jam bayi diharapkan terhindar dari tanda dan gejala

infeksi dengan kriteria hasil : suhu tubuh dalam batas normal ( $36,5^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C}$ ), tidak ada tanda-tanda infeksi pada bekas tusukan (tidak merah, bengkak, tidak nyeri, tidak ada pus dan tidak terjadi gangguan pada fungsi pergerakan).

Intervensi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi, 2. Bersihkan alat-alat sebelum digunakan pada pasien, 3. Monitor TTV 4. Lakukan prosedur keperawatan dengan teknik septik dan aseptik. 5. Pertahankan lingkungan yang bersih selama melakukan pemeriksaan, 6. Kolaborasi pemberian antibiotik.

### **3.1.5 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan pada bayi Ny.E.N dilakukan selama 4 hari yaitu dari tanggal 09 Juli sampai 12 Juli 2018.

Implementasi hari pertama 09 Juli 2018 diagnosa 1: risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistem pencernaan Implementasi : Jam 09.00 memberikan ASI 20cc per oral, 12.00 memberikan ASI 20cc per oral, 14.00 memberikan ASI 20cc per oral.

Mengobservasi mual dan muntah selama memberi minum dan memberi minum obat Omeprazol 1 gr per oral. Diagnosa 2 : Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan sistem imunitas belum berkembang optimal. Implementasi : 09.30 : mengobservasi tanda dan gejala infeksi : tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, membersihkan termometer dan stetoskop dengan alkohol sebelum melakukan pemeriksaan, melihat tanda-tanda infeksi pada tempat pengambilan darah : tidak ada tanda-tanda infeksi, mengukur suhu tubuh :  $36,5^{\circ}\text{C}$ . Jam 12.25: Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, mempertahankan lingkungan yang bersih selama melakukan tindakan keperawatan, jam 15.00 menyuntik antibiotik gentamicin 11 mg (IV), dan ampicilin 110 mg (IV)

Implementasi hari kedua 10 Juli 2018

Diagnosa 1 Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistem pencernaan.

Implementasi : Jam 09.00 memberikan ASI 25cc per oral, 12.00 memberikan ASI 25cc per oral, 14.00 memberikan ASI 25cc per oral dan mengobservasi, mual muntah serta cairan infus.

Diagnosa 2 : Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan sistem imunitas belum berkembang optimal. implementasi : Jam 09.30 : melihat tanda dan gejala infeksi : tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, membersihkan termometer dan stetoskop dengan alkohol sebelum melakukan pemeriksaan, melihat tanda-tanda infeksi pada tempat pengambilan darah : tidak ada tanda-tanda infeksi, mengukur suhu tubuh : 36,5°C. Jam 11.00 : mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, 15.00 menyuntik antibiotik : Gentamicin 11 mg (IV), dan Ampicilin 110 mg (IV).

Implementasi hari ketiga 11 Juli 2018

Diagnosa 1 : Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistem pencernaan Implementasi : 09.00 memberikan ASI 60cc per oral, 12.00 memberikan ASI 60cc per oral, 15:00 memberikan ASI 60cc per oral, mengobservasi mual muntah, 15:30 merawat cairan infus.

Diagnosa 2 : Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif sistem imunitas belum berkembang optimal.

implementasi : Jam 08.00 : mengobservasi tanda dan gejala infeksi : tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, membersihkan termometer dan stetoskop dengan alkohol sebelum melakukan pemeriksaan, melihat tanda-tanda infeksi pada tempat pengambilan darah : tidak ada tanda-tanda infeksi, mengukur suhu tubuh : 36,6°C. Jam 09.25: mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, Jam 15.00 menyuntik antibiotik : Gentamicin 11 mg (IV), dan Ampicilin 110 mg (IV).

Implementasi hari keempat 12 Juli 2018

Diagnosa 1 : Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistem pencernaan. Implementasi : Jam 08.30 : Merawat infus jam 09:00 memberikan ASI 60cc/oral jam 10:00 Observasi mual muntah, 12:00 Memberikan ASI 60cc/oral, 15:00 Memberikan ASI 60cc/oral.

Diagnosa 2 : Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif sistem imunitas belum berkembang optimal. implementasi : Jam 08.00 : Mengobservasi tanda dan gejala infeksi : tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, membersihkan termometer dan stetoskop dengan alkohol sebelum melakukan pemeriksaan, melihat tanda-tanda infeksi pada tempat pengambilan darah : tidak ada tanda-tanda infeksi, mengukur suhu tubuh : 36,5°C. Jam 09.25 : mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, mempertahankan lingkungan yang bersih selama melakukan tindakan keperawatan. jam 15.00 : menyuntik antibiotik gentamicin 11 mg (IV), dan ampicilin 110mg (IV).

### **3.1.6 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan dilakukan pada bayi Ny.E.N selama 4 hari yaitu mulai tanggal 09 Juli sampai 12 Juli 2018

Evaluasi tanggal 09 Juli 2018

Diagnosa pertama : S : - , O : bayi mual muntah, terpasang cairan dextrose 10% A : masalah belum teratasi P: intervensi 1, 2, 3, dan 4 dilanjutkan  
Diagnosa Kedua : S : - , O : pasien terpasang OGT, terpasang infus . tampak bekas tusukan di lengan kiri dan kanan (warna kebiruan dan bengkak). A : masalah resiko infeksi belum teratasi P : intervensi 1, 2, 3, 4, 5, dan 6 dilanjutkan.

Evaluasi tanggal 10 Juli 2018

Catatan perkembangan (SOAPIE)

Diagnosa pertama : S : - , O : Keadaan bayi tampak baik ,mual muntah, pernapasan 60 x/mnt, suhu 36,5°C, A : masalah belum Teratasi.

P: Pertahankan

intervensi. I lakukan tindakan sesuai dengan intervensi . E : Mual dan muntah

Diagnosa kedua : S : - , O: Pasien terpasang infus, OGT, bekas tusukan sudah

tidak berwarna kebiruan dan bengkak, S : 36,5°C. A : masalah teratasi.

P : pertahankan intervensi



Evaluasi tanggal 11 Juli 2018

Diagnosa pertama : S : - ,O : Keadaan bayi tampak baik ,mual muntah, pernapasan 60 x/mnt, suhu 36,5°C, A : masalah belum Teratasi. P : Pertahankan intervensi. I : melakukan tindakan sesuai dengan intervensi. E : Bayi dapat minum ASI dengan baik.

Diagnosa kedua : S : - , O: Pasien terpasang infus, OGT dan O<sub>2</sub> nasal kanul sudah dilepas, bekas tusukan sudah tidak berwarna kebiruan dan bengkak, S : 36,6°C. A : masalah teratasi. P : pertahankan intervensi. I : melakukan tindakan sesuai dengan intervensi . E : tidak ada tanda-tanda infeksi.

Evaluasi tanggal 12 Juli 2018

Diagnosa pertama : S : - ,O Keadaan bayi tampak baik ,mual(-) muntah (-), pernapasan 50 x/mnt, suhu 36,5°C, A : masalah belum Teratasi. P :Pertahankan

intervensi I : melakukan tindakan sesuai dengan intervensi E : bayi dapat minum ASI dengan baik.

Diagnosa kedua : S : - , O: Pasien terpasang infus, OGT dan bekas tusukan sudah tidak berwarna kebiruan dan bengkak, S : 36,5°C. A : masalah belum teratasi. P : pertahankan intervensi . I : melakukan tindakan sesuai dengan intervensi . E : tidak ada tanda-tanda infeksi.

### **3.2 Pembahasan kasus**

Pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus pada bayi, Ny. E.N dengan asfiksia sedang di Ruangan NICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 09 sampai 12 Juli 2018. Pembahasan mencakup : pengkajian dan analisa data, merumuskan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan asuhan keperawatan, melaksanakan tindakan asuhan keperawatan, dan evaluasi hasil asuhan keperawatan serta dokumentasikan asuhan keperawatan.

#### **3.2.1 Pengkajian**

Pengkajian pada bayi lahir dengan asfiksia menurut Wong, 2008 adalah tanda dan gejala dari asfiksia : tidak bernapas atau megap-megap, pernapasan cepat, adanya retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung, warna kulit pucat atau biru, atau sianosis, denyut jantung tidak ada atau

lamabat (kurang dari 100 kali per menit). Kasus bayi Ny E.N tidak ditemukan tanda sianosis pada mulut, kuku dan seluruh badan, hal ini disebabkan karena bayi sudah mendapatkan perawatan di ruangan NICU dan data yang menunjang tidak ditemukan.

### **3.2.2 Diagnosa**

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada bayi baru lahir dengan asfiksia menurut Wong, 2008 adalah : 1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas paru dan neuromuskular, penurunan energi, dan kelelahan, 2. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan kontrol suhu yang imatur dan penurunan lemak tubuh subkutan, 3. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologi yang kurang.

4. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh (resiko tinggi tinggi) berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna nutrisi karena imaturitas dan atau penyakit.

5. Risiko tinggi kekurangan atau kelebihan volume cairan berhubungan dengan karakteristik fisiologis imatur dari bayi preterm dan atau imaturitas atau penyakit

Namun pada kasus bayi Ny.E.N dengan asfiksia hanya ditemukan diagnosa risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistim pencernaan, dan risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan sistim imunitas belum berkembang optimal, sesuai dengan batasan karakteristik yang di dapatkan saat pengkajian. Sedangkan ketiga diagnosa yang tidak diambil disebabkan karena tidak ada data yang mendukung untuk menegakan ketiga diagnosa tersebut.

### **3.2.3 Perencanaan**

Tinjauan teori perencanaan menurut Wong, 2008 pada diagnosa : (1). Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistim pencernaan.

Kasus bayi Ny. E.N semua intervensi pada diagnosa risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistim pencernaan, pertahankan cairan parenteral dan nutrisi parentral sesuai instruksi serta pantau adanya tanda-tanda terhadap terhadap terapi parenteral

total, terutama protein dan glukosa. Kaji kesiapan bayi untuk menyusu pada payudara ibu khususnya kemampuan untuk mengkoordinasikan menelan dan bernapas, susukan bayi pada payudara ibu jika pengisapan kuat. Intervensi pada diagnosa risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif sistem imunitas belum berkembang optimal. Kasus bayi Ny. E.N semua intervensi pada diagnosa risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif sistem imunitas belum berkembang optimal. Pastikan bahwa semua pemberi perawatan mencuci tangan sebelum dan sesudah mengurus bayi serta pastikan semua alat yang kontak dengan bayi sudah bersih dan steril, isolasi bayi lain yang mengalami infeksi sesuai dengan kebijakan institusional dan instruksikan semua pekerja perawat kesehatan dan orang tua dalam prosedur kontrol infeksi dan beri antibiotik sesuai instruksi.

#### **3.2.4 Implementasi**

Sesuai tinjauan manajemen keperawatan bahwa melaksanakan rencana tindakan harus efisiensi dan menjamin rasa aman bagi klien. Pada studi kasus bayi Ny. E.N dengan asfiksia sedang semua tindakan yang telah direncanakan sudah dilaksanakan seluruhnya dengan baik. Dalam melakukan tindakan ini tidak ada kesenjangan antara teori dari praktek karena teori dan praktek berjalan sesuai dengan ketentuan. Klien mendapatkan terapi sesuai dengan perencanaan. Intervensi kesiapan bayi menyusu pada payudara ibu tidak dilakukan karena bayi masih terpasang OGT.

#### **3.2.5 Evaluasi**

Tinjauan manajemen asuhan keperawatan evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen asuhan keperawatan. Mengevaluasi pencapaian dengan kriteria yang diidentifikasi, memutuskan apakah tujuan telah tercapai atau belum tercapai. Tinjauan pustaka evaluasi yang telah ditunjukkan adalah observasi mual dan muntah, refleks mengisap dan refleks menelan, suhu, frekuensi denyut jantung warna kulit. Berdasarkan studi kasus bayi Ny. E.N dengan asfiksia sedang, telah dilakukan asuhan yang tepat maka tidak ditemukan hal-hal yang menyimpang. Hasil evaluasi pada bayi Ny. E.N sudah sesuai dengan tujuan yang diharapkan yaitu asfiksia sedang teratasi.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

1. Pengkajian yang di dapatkan pada bayi Ny.E.N dengan asfiksia sedang di Ruangan NICU RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tahun 2018 adalah keadaan umum bayi tampak sakit sedang, bayi aktif menangis kuat, RR : 60 kali per menit , tidak ada pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada (berat), tali pusat masih basah, suhu 36,5°C, RR 60x/menit Terpasang OGT, dan infus Dextrose 10%.
2. Diagnosa keperawatan yang di tegakan pada bayi Ny. E.N di Ruangan NICU RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tahun 2018 adalah risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistem pencernaan dan risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan sistim imunitas belum berkembang optimal.
3. Intervensi keperawatan yang disusun pada bayi Ny. E. N dengan asfiksia sedang di Ruangan NICU RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tahun 2018 dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan yaitu pertahankan cairan parenteral dan nutrisi parentral sesuai instruksi. untuk mencegah infeksi tindakan yang dilakukan adalah pastikan bahwa semua pemberi perawatan mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi, semua alat yang kontak dengan bayi sudah bersih dan steril, isolasi bayi lain yang mengalami infeksi sesuai dengan kebijakan institutional, instruksikan semua pekerja perawat, bidan dan orang tua dalam prosedur kontrol infeksi, dan beri antibiotik sesuai instruksi.
4. Implementasi keperawatan yang di lakukan pada bayi Ny. E.N di Ruangan NICU RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tahun 2018 semuanya sesuai dengan intervensi yang sudah di tetapkan.
5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada bayi Ny. E.N di Ruangan NICU RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tahun 2018 adalah : risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan

imaturitas sistim pencernaan masalah teratasi, dan diagnosa risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan sistim imunitas belum berkembang optimal. masalahnya tidak terjadi

#### 4.2 Saran

1. Bagi penulis

Tetap berusaha untuk meningkatkan pengetahuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada tatanan nyata di masyarakat.

2. Bagi institusi pendidikan

Mempertahankan bimbingan kepada mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif

3. Bagi rumah sakit

Tetap mempertahankan dan meningkatkan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang sudah di tetapkan di ruangan NICU.

Lampiran I

#### RENCANA WAKTU UJIAN AKHIR PROGRAM

#### JURASAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

TANGGAL	6	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Pembekalan														
Lapor diri di rumah sakit														
Konsul judul kasus														
Rawat kasus / Susun proposal														
Penyusunan Laporan kasus dan konsultasi dengan pembimbing														
Ujian Sidang														
Revisi / Kumpul Laporan														

..... Buku Panduan Praktek Klinik Keperawatan Anak \_2015

Lampiran 2



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA

JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG

Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Tlpn/Fax : (0380) 881045

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN PADA BAYI**

Nama mahasiswa : Maternus Nule

NIM : PO. 05303201171008

Tempat praktek : Ruangan NICU RSUD

Tanggal pengkajian : 09 – 07 - 2018

**I. IDENTITAS KLIEN**

NO. MR : 49. 44. 70

Nama klien (Inisial) : By. Ny. E. N

Nama orangtua : Tn LN

Jenis kelamin : L Pekerjaan : Swasta

Umur : 6 Hari No. tlpn : -

Tanggal lahir : 04 – 07 – 2018 Alamat : Labat

Tanggal masuk RS : 04 – 07 – 2018 Jam : - Status perkawinan : kawin

Jenis persalinan : SC Sumber informasi : orang tua

Tempat persalinan : Rumah sakit

Diagnosa medis : asfiksia sedang

Penolong persalinan : dokter

Tanggal pengkajian : 09 Juli 2018

**II KELUHAN UTAMA**

Bayi tidak bernapas saat lahir

*Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang  
Buku Panduan Praktek Klinik Keperawatan Anak \_2015.....*

**Riwayat bayi**

APGAR Score : 1'' 5 5'' 7

Usia gestasi : 33 Minggu

Berat badan lahir : 2400 panjang badan 47 cm

Berat badan saat di kaji : 2200 gr

- Komplikasi persalinan : ☐ ada ☒ tidak ada
- a). Aspirasi mekonium ☐ ya ☒ tidak
- b). Lilitan tali pusat ☐ ya ☒ tidak
- c). Ketuban pecah dini ☒ tidak ☐ ya, berapa jam : \_\_\_\_\_
- d). Masalah lain : \_\_\_\_\_ mual +, muntah +

Lingkar kepala : 33 cm      lingkar perut : 26 cm

Lingkar dada : 28 cm

#### Tanda vital

Suhu : 36.5°C    Nadi : 140 / mnt    Pernapasan : 50 x/mnt    Tekanan darah : - / mHg

#### Riwayat Ibu :

o <u>Usia</u>	o <u>Gravida</u>	o <u>Partus</u>	o <u>Abortus</u>
37tahun	2	2	—

Komplikasi kehamilan : ☐ ada ☒ tidak

- a) Plasenta previa ☒ ya ☐ tidak
- b) Preeklamsia ☐ ya ☐ tidak
- c) Persalinan premature ☒ ya ☐ tidak
- d) Masalah lain \_\_\_\_\_

*Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang*

#### Pengkajian fisik

- Keadaan umum
 

☐ sakit ringan ☒ sakit sedang ☐ sakit berat    GCS : .....

Kesadaran : ☒ CM ☐ apatis ☐ sopor ☐ somnolen ☐ coma
- Refleks : moro ☒ menggenggam ☒ ; kuat / ~~lemah~~

mengisap; kuat / ~~lemah~~—menelan ☒ mual + muntah +, tepasang OGT
- Tonus / aktivitas :
 

a. aktif ☒ tenang ☐ letargi ☐ kejang ☐

b. menangis keras ☒ Lemah ☐ melengking ☐ sulit menangis ☐
- Kulit :
 

a. Warna kulit : pink ☒ sianosis ☐ jaundice ☐ eritema ☐ rash ☐

b. Turgor kulit : elastis ☒ tidak elastis ☐ edema ☐

c. Lanugo : ☒ ya ☐ tidak

5. Kepala / leher
  - a. Fontanel anterior : lunak ☒ tegas ☐ datar ☐ menonjol ☐ cekung ☐
  - b. Molding : caput succedaneum ☐ cephalhematoma ☐
6. Mata : conjungtiva dan kornea normal
7. THT : normal
8. Wajah :
  - a. Gambaran wajah : simetris ☒ asimetris ☐
  - b. Bibir sumbing : ☐ sumbing langit-langit/ palatum ☐
9. Abdomen :
  - a. Lunak ☒ tegas ☐ kembung ☐
  - b. Lingkar perut : 26 cm
  - c. Liver : teraba ☒ tidak teraba ☐
  - d. Umbilikus : normal ☒ hernia umbilikus ☐ inflamasi ☐ drainase ☐
  - e. Bising usus : tidak ☒ ada ☐ ; frekuensi :                      x/ mnt

*Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang*

10. Paru-paru :
  - a. Suara napas kanan kiri : sama ☒ tidak sama ☐
  - b. Suara napas : bersih ☐ ronchi ☐ rales ☐ bronchia ☐ wheezing ☐
  - c. Respirasi : spontan ☒ tidak spontan ☐

Alat bantu napas : nasal kanul ☐ O2/ inkubator ☒ konsentrasi O2 ltr/mnt
11. Jantung :                     
  - a. Bunyi normal sinus rhytim (NSR) ☐ frekuensi 140x/ mnt
  - b. Murmur ☒ denyut nadi 140 x/ mnt
  - c. Sianosis saat menangis ☐ ya ☒ tidak
12. Genitalia :
  - a. Wanita : vagina ☐ ya ☐ tidak ; labia dan klitoris : edema ☐ massa ☐
  - b. Laki-laki : uretra dan testis: hispospadia ☐ epispadia ☐
  - Skrotum : edema ☐ kecil ☐ hidrokel ☐ hernia ☐
  - c. Produksi urin dalam 24 jam :                      -
13. Punggung dan anus :



- a. Punggung : normal ☒ spina bifida ☐ ya tidak ☐
- b. Meconium : ☒ ada tidak ada dalam 24 jam ☐
- c. Anus : paten ☒ imperforata ☐

14. Ekstremitas :

- a. Gerakan : bebas ☒ ROM terbatas ☐ tidak terkaji ☐
- b. Ekstremitas atas : normal ☒ abnormal ☐ , sebutkan\_\_\_\_\_
- c. Ekstremitas bawah : normal ☒ abnormal ☐ , sebutkan\_\_\_\_\_

15. Suhu :

- a. Lingkungan (kamar) : \_\_\_\_\_
- b. Inkubator : 33 °C
- c. Suhu kulit : 36.5°C

*Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang*

**B. Pemeriksaan penunjang (09 Juli 2018)**

1. Darah Lengkap : hemoglobin 18,2 g/dL, RDW-CV 16, 3 H/ %, RDW-SD 63, 4 H fL, monosit 13, 8 H/ %, jumlah monosit 1,05 H/ 10<sup>3</sup>/ul, jumlah trombosit 96 H, Bilirubin total 19,25 H mg/dL, bilirubin direk 0,52 H mg/dL, bilirubin indirek 18,74 H mg/ dL
2. Urine :2, 9 L mg/L
3. Feses :-
4. Faal Hati :-
5. Lain-lain : \_\_\_\_\_

**C. Terapi (tgl 09 Juli 2018)**

1. Parenteral : Infus dextrose 10% 330 cc/ jam  
ASI 8 x 25 cc / 24 jam
2. Obat-obatan : Ampicilin 2 x 110 mg  
Gentamicin 1x 11 mg  
Omperazol 1 x 1 gr

**Analisa Data**

No	Data Klien	Masalah Keperawatan
----	------------	---------------------

1.	DS : - DO : Mual +, muntah +, terpasang OGT, terpasang infus dextrose 10% 330cc / 24 jam, bayi minum ASI 8 x 20 cc/ 24 jam, BB 220 g,	1. Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistim pencernaan
2	DS : - DO : Suhu 36.5°C, RR 60 x / menit, Nadi 140 x/ menit, bekas tusukan di lengan kanan dan kiri (warna kebiruan dan bengkak)	2. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan sistim imunitas belum berkembang secara optimal.

### **Prioritas Masalah**

1. Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas sistim pencernaan.
2. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan sistim imunitas belum berkembang secara optimal

Kupang 10 – 07 - 2018

Yang Mengkaji

Maternus Nule

Nim. PO. 5303201171008














**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : Maternus Nule  
NIM : PO. 53 03 2011 71 008  
NAMA PEMBIMBING : Aben B.Y.H Romana, S. Kep, Ns., M. Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	09-07-2018	Mencari buku sumber sesuai kasus dan mengambil format pengkajian anak di perpustakaan.	
2.	10-07-2018	Lengkapi pengkajian	
3.	11-07-2018	Membuat askep	
4.	12-07-2018	Menyusun bab 1 dan bab 2	
5.	16-07-2018	Memperbaiki bab 1 dan bab 2	
6.	17-07-2018	Menyusun bab 3 dan bab 4	
7.	18-07-2018	Memperbaiki hasil bab 3 dan bab 4	
8.	19-07-2018	Memperbaiki cara penulisan data	
9.	20-07-2018	Memperbaiki penulisan KTI bab 1, 2, 3 dan 4	
10.	22-07-2018	Memperbaiki cara penulisan KTI sesuai rekomendasi dosen penguji	
11.	23-07-2018	Memperbaiki kerapian penulisan KTI	
12.	24-07-2018	Memperbaiki penulisan tanda baca, spasi, nama dan gelar	